

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au :
Assurance individuelle : Téléphone : 450 773-7170 / 514 489-8404 / Sans frais : 1 800 773-8404
Assurance collective : Téléphone : 450 773-7236 / 514 485-7236 / Sans frais : 1 800 818-7236
Télécopieur : 450 778-2519 / Courriel : presentations@humania.ca / **Site internet** : www.humania.ca
Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Police N° _____

Ce certificat médical est conforme aux recommandations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève, le 24 juillet 1948. Il a été accepté par tous les états des États-Unis et par toutes les provinces du Canada. Pour assurer l'exactitude des statistiques démographiques, veuillez vous conformer à la Liste internationale des causes de décès.

Tous frais pour la rédaction de cette formule sont à la charge du demandeur de règlement.

Nom et prénoms du défunt	Date du décès
Résidence au décès	Lieu du décès
Âge au décès ou date de naissance	Si le décès est survenu dans un hôpital ou autre institution, donnez-en le nom

<p>Cause du décès - Indiquez une seule cause pour chaque paragraphe (a), (b), (c).</p> <p>Maladie ou état morbide ayant directement provoqué le décès (Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : défaillance cardiaque, syncope, etc. mais de la maladie, de la lésion ou de la complication qui a entainé la mort.)</p> <p>a) _____</p> <p>(Causes antécédentes - État morbide ayant, éventuellement, conduit à l'état précité, l'état morbide initial indiqué en dernier lieu.)</p> <p>Provoqué par (ou consécutif à)</p> <p>b) _____</p> <p>Provoqué par (ou consécutif à)</p> <p>c) _____</p> <p>Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué.) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur Si oui : depuis quand ? _____ Si cessé : depuis quand ? _____</p>	<p>Intervalle entre le début de l'état morbide et le décès</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Date des premiers soins pour la dernière maladie	Date des derniers soins pour la dernière maladie
Spécifiez si le décès est dû à un accident, à un suicide ou à un homicide et décrivez-le brièvement	Y a-t-il eu enquête ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Y a-t-il eu autopsie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez par qui et donnez les constatations.

Avez-vous traité la personne ci-haut mentionnée ou vous a-t-elle consulté au cours des 3 années précédant la dernière maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non À votre connaissance, au cours des 3 dernières années, cette personne a-t-elle été traitée par d'autres médecins, ou dans un hôpital ou autre institution ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre de ces questions, donnez les détails suivants :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Adresse</th> <th>Nature de la maladie ou lésion</th> <th>Dates</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates	_____	_____	_____	_____
Nom	Adresse	Nature de la maladie ou lésion	Dates						
_____	_____	_____	_____						

_____ 20 _____ Date	_____ Signature	M.D.
_____ Nom en lettres moulées	_____ Adresse	